

**DESCRIPTION DES FACTEURS DE LA  
REPRÉSENTATION DE LA SANTÉ DU  
PATIENT POUR AIDER LES  
PROFESSIONNELS À DISCUTER DU  
NIM DANS UN CONTEXTE DE  
NÉOPLASIE OU MALADIE  
TERMINALE:**

**ÉTUDE DE CAS**

**Par : Samantha Adler**  
UMF Cité-de-la-Santé  
Mai 2021

Supervisé par : Dre Layani

Responsable du comité  
d'érudition local :  
Dre Pacitto-Allard

Recherche bibliographique :  
Support de Loredana  
Caputo

# Objectif de la Présentation

- Identifier les perceptions et représentations de la santé à prendre en compte chez un patient atteint d'un cancer ou d'une maladie terminale lors d'une discussion sur les NIM (niveaux d'intervention médicale).

# Cas clinique



H 85 ans, autonome

RC : dorsalgie avec faiblesse MI et rétentions urinaire et fécale aiguës

« Tondait son gazon la semaine dernière »

# Cas clinique



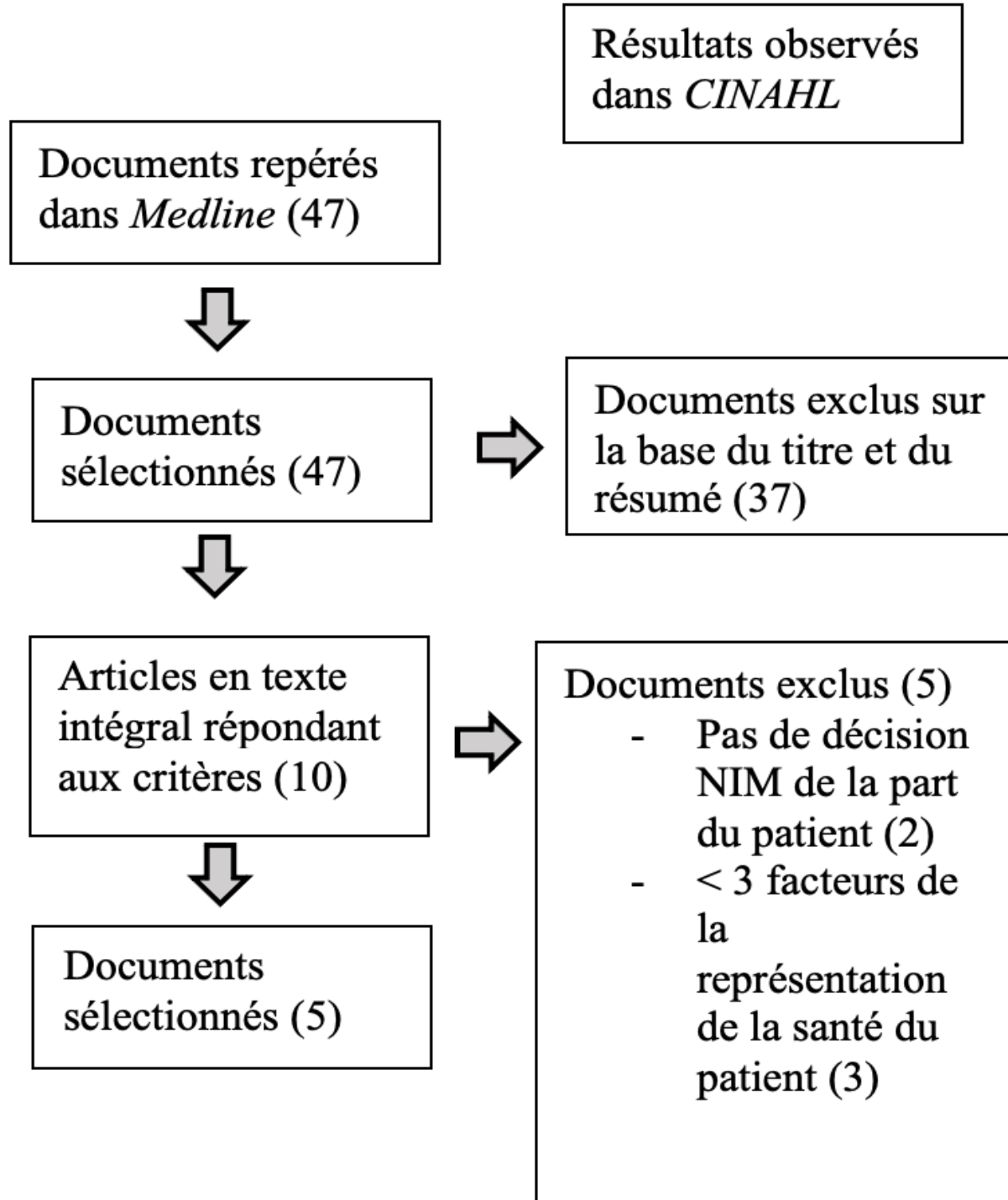
## Diagnostic :

- Adénocarcinome prostatique avec atteinte métastatique
- Pronostic de 6 à 18 mois

# Objectif



- Déterminer les principaux facteurs de la représentation de la santé d'un patient à prendre en compte pour améliorer la discussion sur les NIM chez un patient atteint d'un cancer ou d'une maladie terminale.



# Méthodologie

## ■ Critères d'inclusion :

- Décision libre et éclairée
- > 3 facteurs de la représentation de santé

## ■ Critères d'exclusion :

- Autre contexte que soins de fin de vie ou de néoplasie
- Pas de notion de la décision du patient
- < 3 facteurs de la représentation de santé

# Résultats

**Preferences for aggressive care in underse  
with advanced-stage lung cancer: looking  
and resuscitation**

George Kypriotakis • Linda E. Francis •  
Elizabeth O'Toole • Tanyanika Phillips Towe •  
Julia Hannum Rose

**Old age and poor prognosis increase th  
of disagreement between cancer patien  
on the indication for resuscitation attempt**

Lena Saltbaek • Hanne M. Michelsen •  
Knud M. Nelausen • Rikke Gut • Dorte L. Nielsen

**Feasibility Study of Physician Orders for  
Patients with Terminal Cancer**

**Factors Related to the Differential  
Preference for Cardiopulmonary  
Resuscitation Between Patients With  
Terminal Cancer and That of Their  
Respective Family Caregivers**

In Cheol Hwang, MD, PhD<sup>1</sup>, Bhumsuk Keam, MD, PhD<sup>2</sup>,  
Young Ae Kim, PhD<sup>3</sup>, and Young Ho Yun, MD, PhD<sup>4</sup>

**Factors Predisposing Terminally Ill Cancer Patients'  
Preferences for Distinct Patterns/States of Life-Sustaining  
Treatments Over Their Last Six Months**



Fur-Hsing Wen, PhD, Jen-Shi Chen, MD, Wen-Chi Chou, MD, Wen-Cheng Chang, MD,  
Chia-Hsun Hsieh, MD, and Siew Tzuh Tang, DNSc  
*Department of International Business (F.-H.W.), Soochow University, Taipei, Taiwan; Division of Hematology-Oncology (J.-S.C., W.-C.Chou,  
W.-C.Chang, C.-H.H., S.T.T.), Chang Gung Memorial Hospital at Linkou, Tao-Yuan, Taiwan; Chang Gung University College of Medicine  
(J.-S.C., W.-C.Chou, W.-C.Chang, C.-H.H.), Tao-Yuan, Taiwan; and Department of Nursing (S.T.T.), Chang Gung Memorial Hospital at  
Kaohsiung, Kaohsiung, Taiwan, R.O.C*

# Résultats

- Types d'études :
  - Transversale
  - Descriptive
- Période :
  - 2004 à 2017
- Population :
  - > 18 ans atteints de cancer terminal
- Origines diversifiées

	(Kypriotakis et al., 2014)	(Saltbaek et al., 2013)	(Wen et al., 2019)	(An et al., 2019)	(Hwang et al., 2016)
Type d'étude	Étude transversale	Étude transversale	Étude descriptive longitudinale prospective	Étude descriptive longitudinale	Étude transversale
Période de l'étude	Juin 2004 à septembre 2008	2 semaines en novembre 2011	2009 à 2012	Juin à décembre 2017	Juillet 2005 à octobre 2006
Site de l'étude	2 cliniques d'oncologie au Cleveland, Ohio	Clinique externe d'Oncologie à l'hôpital Herlev au Danemark	Unité d'hospitalisation de médecine générale au Nord-Ouest de Taiwan	7 hôpitaux en Corée du Sud	11 hôpitaux universitaires et le centre national de cancer en Corée
Population à l'étude	196 patients avec un diagnostic de cancer pulmonaire avancé, incurable et ayant un pronostic de < 1 an	1408 patients atteints de cancer et 61 médecins	303 patients atteints de cancer terminal progressif et sans réponse à des traitements curatifs.	336 patients de plus de 20 ans avec un diagnostic de cancer terminal	702 patients de plus de 18 ans atteints de cancer terminal et un aidant naturel de la famille proche
Issues primaires	Relation entre divers déterminants de la santé et le choix de NIM du patient	Déterminer l'influence de différentes caractéristiques chez les patients sur leur choix de RCR	Identifier chez des patients en fin de vie les facteurs prédisposants qui influencent le choix de NIM	Complétion du formulaire sur les NIM	Identifier les facteurs qui influencent la discordance entre le choix de RCR du patient et son proche aidant
Issues secondaires	Association entre le NIM chez des patients avec un cancer pulmonaire avancé et d'autres facteurs comme le bien-être spirituel et la religion	Déterminer l'influence de différentes caractéristiques chez les patients sur le choix de RCR du médecin. Les facteurs qui prédisent une discordance entre le choix de RCR du patient et du MD	-	Identifier les obstacles pour les patients et les médecins dans la discussion des NIM	-

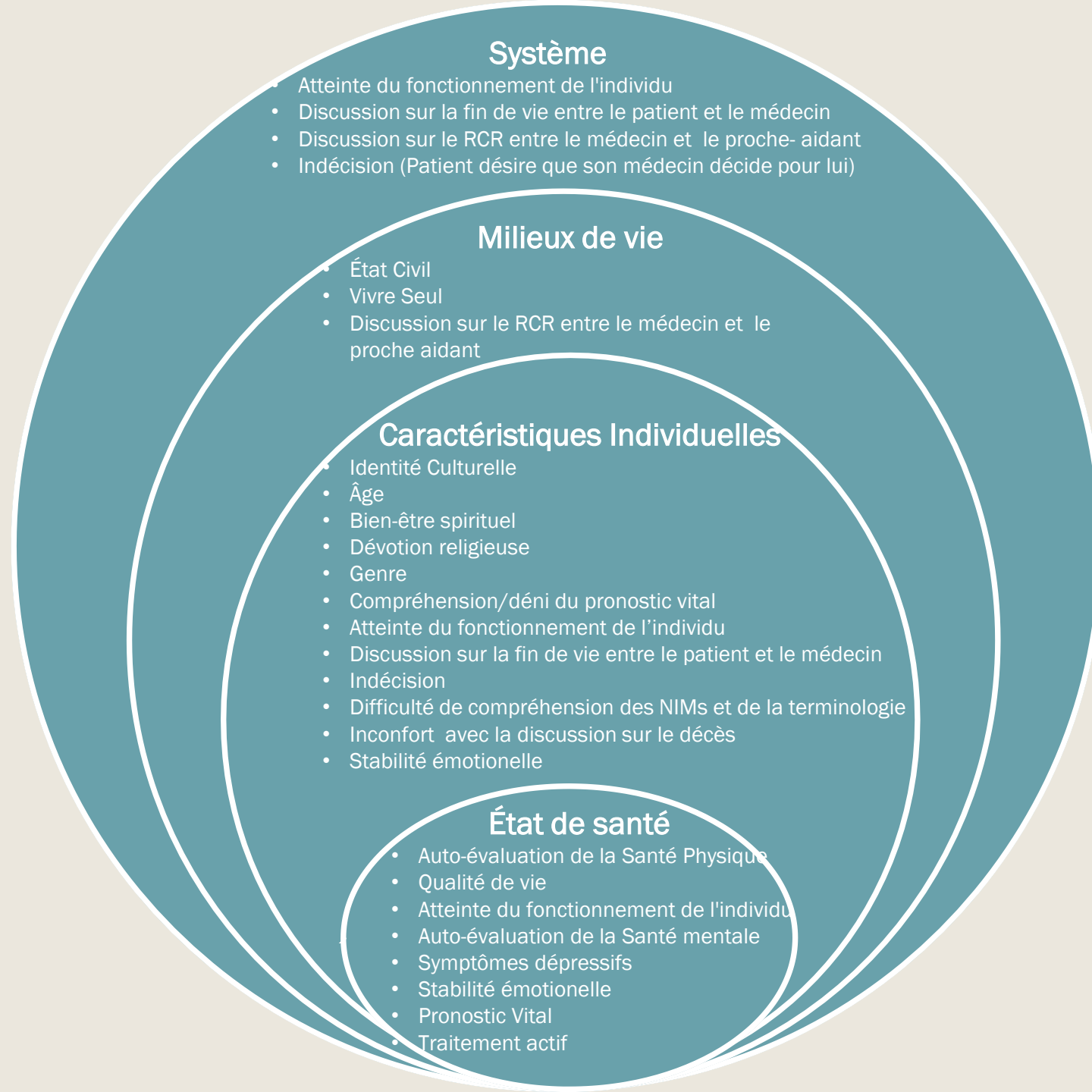


# Résultats

## Principaux résultats statistiquement significatifs selon le PICO

	(Kyriotakis et al., 2014)	(Saltbaek et al., 2013)	(Wen et al., 2019)	(An et al., 2019)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients s'identifiant comme noirs désirant RCR (73%) et patients s'identifiant comme blancs désirant RCR (57%) (p = 0.037)</li> <li>• Patient recevant un traitement anti-néoplasique associé avec RCR (RC 3.26 ; 95% 1.12-9.44)</li> <li>• Âge plus jeune associé avec RCR (OR 0.94, 95% CI 0,90-0.99)</li> <li>• Bien-être spirituel associé avec tolérance de traitements plus agressifs (0.12, 95% (0.01-0.25)</li> <li>• Dévotion religieuse moins importante associée à NIM A lorsque comparé avec NIM B (RR 0.12, 95% CI 0.05-0.28)</li> <li>• Bien être spirituel associé à NIM B lorsque comparé avec NIM C (RR 10.08, 95% CI 10.00 - 10.16)</li> <li>• Genre féminin associé à NIM D lorsque comparé avec NIM C (RR 0.2, 95% CI 0.05-0.08)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge &gt; 70 ans augmente souhait du patient de ne pas avoir de RCR (p &lt; 0.001 ; OR 3.437, 95% CI 1.2-5.99)</li> <li>• 2<sup>e</sup> ligne de traitement ou plus associé avec souhait du patient de ne pas avoir de RCR             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 2<sup>e</sup> ligne de traitement (p = 0.001, OR 2.978, 95% CI 1.49 - 5.96)</li> <li>○ Radiothérapie palliative (p &lt; 0.001 ; OR 8.640, 95% CI 2.66 - 27.22)</li> <li>○ Indéterminée (p = 0.013; OR 6.171, 95% CI 0.83 - 35.87)</li> </ul> </li> <li>• Mauvais pronostic associé avec souhait de ne pas avoir de RCR (p &lt; 0.001; OR 2,505, 95% CI 1.09-5.93)</li> <li>• Patients vivant avec une maladie chronique associée avec souhait de ne pas avoir de RCR (p &lt; 0.001; OR 4.633, 95% CI 1.23-15.93)</li> <li>• Auto-évaluation de sa santé mentale :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ni bonne, ni pauvre (p = 0.026 ; OR 2.063, 95% CI 1.02-4.11)</li> <li>○ Pauvre ou très pauvre (p &lt; 0.001 ; OR 4.357 , 95% CI 1.79-10.34)</li> </ul> </li> </ul> <p>Analyse multivariée démontre que l'âge &gt; 70 ans (p &lt; 0.001; b 3.047, 95% CI 1.75 - 5.3) et l'auto-évaluation de la santé physique (ni bonne, ni pauvre (p = 0.024 ; b 2.168, 95% CI 1.11 - 4.25) , pauvre ou très pauvre (p &lt; 0.001 ; B 7.173, 95% CI 3.69 - 13.94) sont indépendamment associés au refus du RCR. Le reste des associations ne sont pas significatives dans l'analyse multivariée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compréhension exacte du pronostic lorsque comparé à ceux qui n'ont pas une bonne compréhension sont moins enclins à choisir un NIM visant à prolonger la vie (p &lt; 0.001; OR 0.096, 95% CI 0.025) , à être enclins à choisir un NIM visant à améliorer la nutrition (p &lt; 0.001, OR 0,205 95% CI 0.086-0.492) par rapport à des soins de confort.</li> <li>• Les patients qui ont des scores de qualité de vie plus élevés (p = 0.005, OR 0.978 95%CI 0.963-0.993) et les patient qui ont des scores de sx dépressifs plus élevés (p=0.024, OR 0.918 95% CI 0.852-0.989) sont moins enclins à être incertains que de choisir des soins de confort.</li> <li>• Patients avec atteinte sévère du fonctionnement choisissent plus souvent des soins favorisant la nutrition que les soins de confort. (p = 0.027, OR 3.694 95% CI 1.159-11.776)</li> <li>• Pas d'association notée entre les caractéristiques démographiques, les caractéristiques de la maladie et le choix du NIM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des patients ont été associés avec le choix de RCR de la part du patient.</li> <li>• Les patients féminins sont plus enclins à choisir le RCR que leur proche-aidants (OR 2.17, 95% CI 1.05 - 4.49), p= 0.037)</li> <li>• Les patients avec une stabilité émotionnelle sont plus enclins à choisir le RCR que leur proche-aidants (OR 5.1, 95%CI 1.09-4.68, p = 0.005)</li> <li>• 63.5% ont un inconfort émotionnel             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 29.7% ont l'inquiétude que la signature de ce document entraîne une perception d'abandon du patient ou ont une peur d'abandon par leur médecin</li> <li>○ 43.8% ont peur que des événements inadéquats se produisent après la décision</li> <li>○ 29.7% sont anxieux lors d'une discussion sur le décès</li> </ul> </li> <li>• 9% sont en déni et ont répondu que leur maladie n'était pas assez sévère pour discuter de ce sujet.</li> <li>• 31% des patients ont pris une décision et complété le formulaire NIM avec leur MD</li> </ul>

Comment simplifier la tâche ?



# Résultats

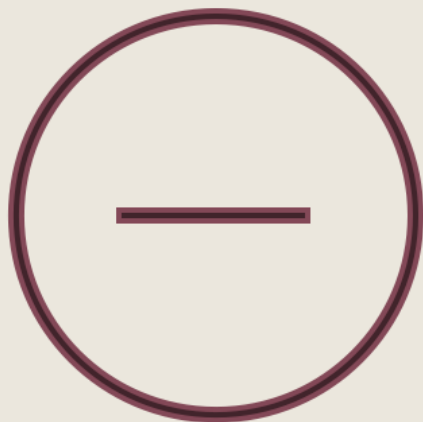
- Cadre conceptuel selon la carte de la santé et de ses déterminants du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012)



# Discussion : Forces et Limites

## Forces :

- Basé sur un cas clinique
- Population homogène
- Origines diversifiés



## Limites :

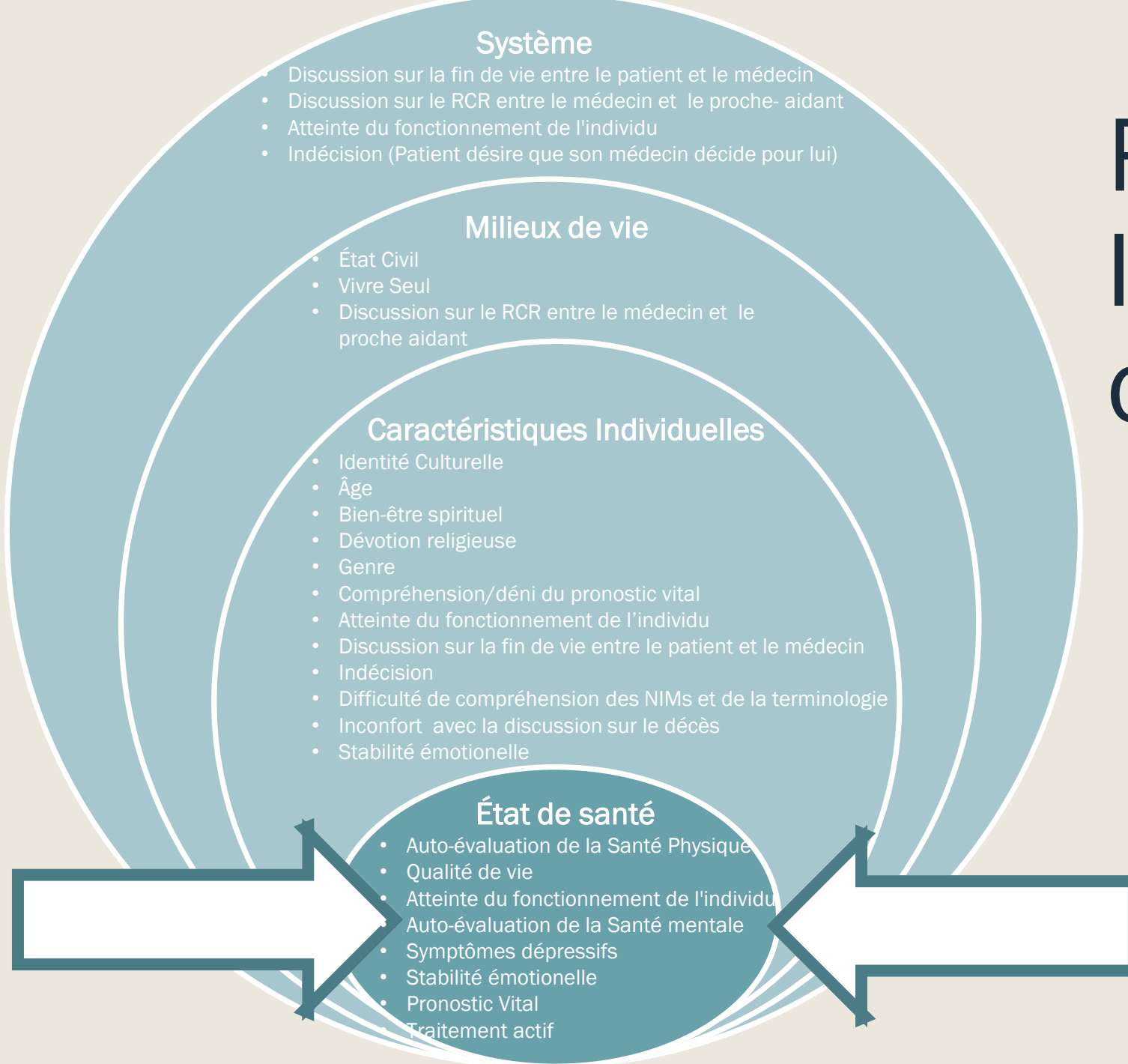
- 2 bases de données
- Exclusion des articles avec  $< 3$  caractéristiques
- Exclusion d'études sans la décision du patient

# Discussion : Réflexion

- Discuter des NIM en bureau
- Laisser le temps au patient
- Prendre le temps de cerner les attentes et la réalité du patient



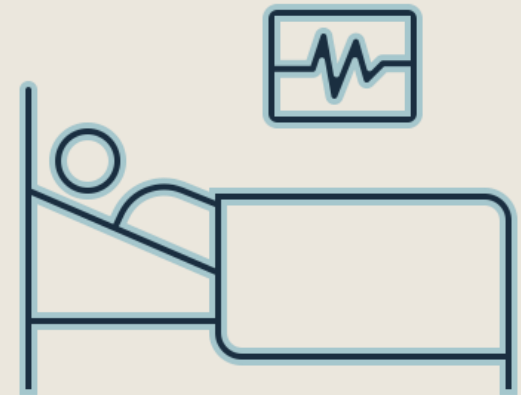
# Retour sur le cas clinique



- Cadre conceptuel selon la carte de la santé et de ses déterminants du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012)

# Conclusion

- Développer outil de communication
- Impact des proches



# Références

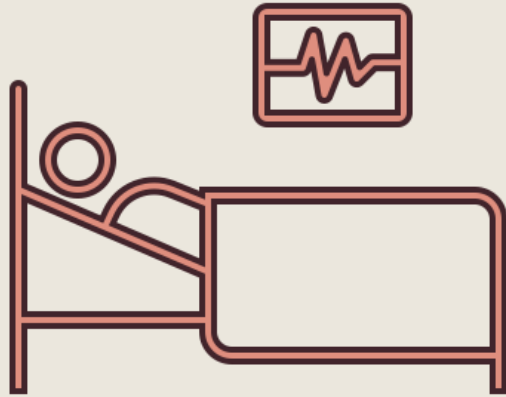
- Ackroyd, R., Russon, L., & Newell, R. (2007). Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation (CPR): Questionnaire-based study. *Palliative Medicine*, 21(2), 139–144.
- An, H. J., Jeon, H. J., Chun, S. H., Jung, H. A., Ahn, H. K., Lee, K. H., Kim, M.-H., Kim, J. H., Cheon, J., Kim, J., & Koh, S.-J. (2019). Feasibility Study of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment for Patients with Terminal Cancer. *Cancer Research and Treatment : Official Journal of Korean Cancer Association*, 51(4), 1632–1638. (Kyriotakis et al., 2014)
- Anctil, H., Jobin, L., Pigeon, M., & Émond, A. (2012). *La santé et ses déterminants: Mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- Delgado-Guay, M. O., Chisholm, G., Williams, J., & Bruera, E. (2015). The association between religiosity and resuscitation status preference among patients with advanced cancer. *Palliative & Supportive Care*, 13(5), 1435–1439.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951515000140>
- Hwang, I. C., Keam, B., Kim, Y. A., & Yun, Y. H. (2016). Factors Related to the Differential Preference for Cardiopulmonary Resuscitation Between Patients With Terminal Cancer and That of Their Respective Family Caregivers. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 33(1), 20–26. <https://doi.org/10.1177/1049909114546546>
- Kao, C.-Y., Wang, H.-M., Tang, S.-C., Huang, K.-G., Jaing, T.-H., Liu, C.-Y., Liu, K.-H., Shen, W.-C., Wu, J.-H., Hung, Y.-S., Hsu, H.-C., Chen, J.-S., Liao, C.-T., Lin, Y.-C., Su, P.-J., Hsieh, C.-H., & Chou, W.-C. (2014). Predictive factors for do-not-resuscitate designation among terminally ill cancer patients receiving care from a palliative care consultation service. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(2), 271–282.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.020>
- Kyriotakis, G., Francis, L. E., O'Toole, E., Towe, T. P., & Rose, J. H. (2014). Preferences for aggressive care in underserved populations with advanced-stage lung cancer: Looking beyond race and resuscitation. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(5), 1251–1259. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2079-x>



# Références

- Loggers, E. T., Maciejewski, P. K., Paulk, E., DeSanto-Madeya, S., Nilsson, M., Viswanath, K., Wright, A. A., Balboni, T. A., Temel, J., Stieglitz, H., Block, S., & Prigerson, H. G. (2009). Racial differences in predictors of intensive end-of-life care in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(33), 5559–5564. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.22.4733>
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2016). *La communication professionnelle en santé*. Éditions du Renouveau pédagogique.
- Saltbaek, L., Michelsen, H. M., Nelausen, K. M., Gut, R., & Nielsen, D. L. (2013). Old age and poor prognosis increase the likelihood of disagreement between cancer patients and their oncologists on the indication for resuscitation attempt. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(12), 3363–3370. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1916-2>
- Shatri, H., Putranto, R., Irawan, C., Adli, M., & Elita, D. (2019). Characteristics of Palliative Patients, Insights of Patients and Families, and the Impact of Estimated Survival Time on Therapy Decisions. *Acta Medica Indonesiana*, 51(2), 151–157.
- Sulmasy, D P, Sood, J. R., & Ury, W. A. (2008). Physicians' confidence in discussing do not resuscitate orders with patients and surrogates. *Journal of Medical Ethics*, 34(2), 96–101. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.019323>
- Tang, S. T., Chang, W., Chen, J., Su, P., Hsieh, C., & Chou, W. (2014). Trajectory and predictors of quality of life during the DYING process: Roles of perceived sense of burden to others and POSTTRAUMATIC GROWTH. *Supportive Care in Cancer*, 22(11), 2957-2964. doi:10.1007/s00520-014-2288-y
- Tang, S. T., Wen, F., Hsieh, C., Chou, W., Chang, W., Chen, J., & Chiang, M. (2016). Preferences for Life-sustaining treatments and associations with accurate Prognostic awareness and depressive symptoms In terminally ill Cancer Patients' last year of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 41-51. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.08.006
- Wen, F.-H., Chen, J.-S., Chou, W.-C., Chang, W.-C., Hsieh, C.-H., & Tang, S. T. (2019). Factors Predisposing Terminally Ill Cancer Patients' Preferences for Distinct Patterns/States of Life-Sustaining Treatments Over Their Last Six Months. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(2), 190-198.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.11.008>





# REMERCIEMENTS

Merci à ma superviseuse :  
**Dre Layani**

Merci à **Dre Pacitto-Allard**  
(Responsable du comité d'érudition  
local)

Merci à **Loredana Caputo** pour le  
support bibliographique

Merci à **Monsieur X (patient)**